

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 No 147

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS BÉNIGNES du VOILE du PALAIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Jean-Antoine-Ferdinand CABARROU

Né à Lassalles (Hautes-Pyrénées), le 27 Octobre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		W. DUBREUILH, professeur		
		PETGES, agrégé		
		ROCHER, agrégé		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 No 147

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS BÉNIGNES du VOILE du PALAIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Jean-Antoine-Ferdinand CABARROU

Né à Lassalles (Hautes-Pyrénées), le 27 Octobre 1894

Examineurs de la Thèse

{	MM. MOURE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges.</i>
	W. DUBREUILH, professeur		
	PETGES, agrégé		
	ROCHER, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et Parasitologie	MAUDOU.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologiq.	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu-		Clinique chirurgicale, in-	
tiques générales.	CRUCHET.	fantile, orthopédie.	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem ^{nt} .	RIVIÈRE.	Clinique gynécologique.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et		Clinique médicale des	
microscopie clinique.	SABRAZÉS.	maladies des enfants .	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ.	Chimie biolog. et médic.	DENIGES.
Anatomie générale et his-		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
tologie.	G. DUBREUIL.	Médecine colon ^{iale} et cliniq.	
Physiologie.	PACHON.	des maladies exotiq. .	LE DANTEC.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des	
Médecine légale et	VERGER.	voies urinaires	POUSSON.
déontologie.		Clinique des maladies cu-	
Physique biologique et		tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
clinique d'électricité		Clinique des maladies	
médicale.	BERGONIE.	nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Botanique et matière		Toxicologie et hygiène	
médicale.	BEILLE.	appliquée	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.	
Anatomie et embryologie	N...			
	N...			LEURET.
Histologie	LACOSTE chargé	Médecine générale		DUPÉRIÉ.
Physiologie	DELAUNAY.			CREYX.
Anatomie pathologique.	MURATET.			MICHELEAU.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales		PERRENS.
naturelles	N...	Médecine légale		LANDE.
Physique biologique et		Chirurgie générale		ROCHER.
médicale	RÉCHOU.			DUVERGEY.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique		PAPIN.
dicale	N...			PÉRY.
	PETGES.			FAUGÈRE.
Médecine générale	CARLES (J.).	Ophtalmologie		TEULIÈRES.
	MAURIAC.	Pharmacie		N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.	PERY.
Cours complémentaire d'Ophthalmologie	CABANNES.
Cours complémentnaire de Pœuculture	ANDERODIAS.
Cours complémentnaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne	MAURIAC.
Cours complémentaire de pathologie externe	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	RÔCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur GEORGES PORTMANN

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
GRAND'CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE
COMMANDEUR DE L'ORDRE D'ALPHONSE XII

Contribution à l'Étude des Tumeurs bénignes du Voile du Palais

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, il nous a été donné d'observer, en suivant les consultations de M. le professeur Moure, de nombreuses affections du voile du palais; mais, parmi elles, deux surtout retinrent notre attention. Il s'agissait de deux cas de tumeurs bénignes.

La rareté de cette affection nous engagea à en faire une étude un peu approfondie. Grâce aux travaux déjà publiés à ce sujet et à notre documentation personnelle, nous avons essayé de faire une revue générale de la question et d'en tirer des conclusions pratiques.

Les divers auteurs qui se sont occupés de ce sujet n'ont signalé que des cas isolés ou n'ont traité qu'un type de tumeur bien définie. Il restait à étudier ce que les divers types ont de commun, comment on les distingue et quelle est leur fréquence,

Après avoir envisagé, au début de notre travail inaugural, l'anatomie du voile, nous traiterons dans un deuxième chapitre la symptomatologie des diverses tumeurs bénignes de cette région et les caractères qui sont propres à chacune d'elles ; dans une troisième partie, enfin, nous étudions l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement.

Nous ne nous occuperons pas des tumeurs mixtes, qui ont été étudiées par le professeur Berger.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'adresser ici à tous nos maîtres nos remerciements, et particulièrement à M. le professeur Duverger et M. le professeur Cassaët qui, pendant le temps trop bref passé dans leur service, furent pour nous les maîtres bienveillants entre tous. Nous leur offrons ici l'expression de notre profonde gratitude pour les conseils qu'ils nous ont toujours prodigués au cours de nos études.

MM. les professeurs Bégouin, Chavannaz, Lagrange, Abadie, Verger, nous ont donné, dans leurs services et leurs consultations, un enseignement qui nous sera toujours très utile ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

Parmi les tumeurs connues sous le nom de tumeurs bénignes de la cavité buccale, celles du voile du palais ont été les premières étudiées. Il ne faut cependant pas remonter très loin dans les revues de médecine ou de chirurgie pour trouver les premières observations.

C'est à Nelaton que nous devons, en effet, la première étude d'une tumeur velopalatine. La malade était une jeune religieuse que lui avait envoyée Recamier ; elle présentait un énorme adenome que Nelaton enleva. Avant lui, c'est-à-dire avant 1847, cette affection paraît avoir été à peu près ignorée. En 1851, ayant eu un nouveau malade présentant la même affection, Nelaton fit à ce sujet une leçon clinique, et l'observation, cette fois, en fut publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

A la même époque, Michon faisait une communication à la Société de chirurgie sur une tumeur bénigne du voile et signalait cette affection comme chose nouvelle, qu'il était le premier à décrire. Ceci fut le sujet de quelques discussions, car Nelaton, présent à la séance, réclama la priorité en rappelant à Michon sa leçon clinique faite quelque temps auparavant et son opération de 1847, à laquelle, d'ailleurs, il assistait.

Ce différend Nelaton-Michon a été rapporté par Python

dans sa thèse de 1875, et l'ordre chronologique des faits a été rétabli par lui.

De 1850 à 1880, on ne trouve guère que quelques observations, publiées tant en France qu'en Angleterre. Oth vient alors, en 1880, tracer d'une façon définitive l'évolution clinique et l'anatomie pathologique de l'adenome et ajoute à son travail un certain nombre d'observations.

Quelques années plus tard, Courtade (1885) s'attache davantage aux tumeurs bénignes papillomateuses et les étudie au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Et depuis 1885, en France, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, de nouveaux faits cliniques sont publiés. Chacun les signale comme des raretés, mais nulle part il n'est fait un travail d'ensemble sur ces tumeurs. Il faut cependant citer le chapitre de Morestin dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu, Delbet, consacré aux tumeurs de la voûte et du voile; mais il s'attache surtout aux tumeurs mixtes d'origine glandulaire. Son étude est basée sur le travail du professeur Berger.

Le professeur Berger, en effet, dans la *Revue de chirurgie de Paris* (1897), fait une longue étude anatomo-pathologique et pathogénique de ces tumeurs mixtes. D'après lui, ces tumeurs se composent d'éléments épithéliaux et d'une trame conjonctive où l'on retrouve du tissu muqueux et cartilagineux. Mais, à la base de cette prolifération mixte, il y a toujours une néoformation glandulaire. C'est pour cette raison qu'il combat l'origine endothéliale, théorie soutenue par Volkmann.

En 1900, MM. Dubar et Potel publient dans l'*Echo médical du Nord* une observation d'un fibrome pur, tumeur très rare; ils étudient en même temps les autres néoplasmes d'origine conjonctive.

En 1903, le docteur Bar, de Nice, publie un cas d'an-

giome et s'attache surtout au mode de traitement de cette tumeur.

Gaudier, en 1909, fait paraître dans le *Bulletin de laryngologie* un cas de lipome, tumeur qu'il cite comme extrêmement rare. Rares sont aussi les lymphangiomes étudiés à peu près à la même époque par Leroux et dont il rapporte une observation (Moure et Labit).

Enfin, parmi les travaux plus récents et à côté des observations sans commentaires de quelques auteurs, il faut citer, dans les *Annales des maladies de l'oreille*, un article de Gougenheim et Rifault, qui publient un cas de myxo-sarcome et rapportent les travaux de Soles Cohen sur les tumeurs vélopalatines en général.

Le docteur Garel, en 1913, rapporte un cas de lipome pur avec examen histologique à l'appui.

Citons encore la publication du Docteur G. Maheu, qui s'attache surtout à la méthode opératoire de l'adénome.

Plus récemment, enfin, le Docteur Georges Portmann publie à la Société d'anatomie, à Paris, un cas d'adénome qu'il a opéré et dont il rapporte l'examen histologique.

ANATOMIE

« Si l'on fait ouvrir la bouche à un sujet et qu'on lui déprime la langue derrière l'arcade dentaire, on aperçoit au premier plan une sorte de toile charnue se continuant avec la partie postérieure de la voûte palatine. Ce store, c'est le voile du palais, dont le bord inférieur libre présente sur la ligne médiane une sorte d'appendice allongé, appelé lchette.

» De chaque côté de la lchette le bord inférieur se dédouble pour former un arc antérieur qui se porte vers le côté correspondant de la langue et un arc postérieur qui se dirige vers la paroi postérieure du pharynx : ce sont les piliers du voile.

» Il faut considérer au voile une face antérieure, une postérieure, un bord antérieur ou supérieur adhérent, un bord inférieur ou postérieur libre, deux piliers et une musculature propre.

» La face antérieure ou antéro-inférieure est concave, elle fait suite à la muqueuse de la voûte palatine avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation bien apparente.

» La paroi postérieure ou postéro-supérieure est convexe. La muqueuse qui la recouvre fait suite à celle des fosses nasales ; elle est plus pâle et rugueuse à cause de la pré-

•

sence dans ses couches superficielles de nombreuses glandes très développées.

» Le bord supérieur adhérent s'insère sur la partie horizontale de l'os palatin qui forme l'extrémité postérieure de la voûte palatine.

» Le bord inférieur libre et mince comprend la luette et les piliers.

» Organe doué de mouvements volontaires et réflexes, le voile se compose essentiellement de dix muscles soutenus par une aponévrose qui n'occupe que la partie la plus antérieure du voile. » Moure.

Les vaisseaux n'offrent rien de particulier à signaler ; les artères de la région sont des branches de la maxillaire interne ou de la faciale ; les lymphatiques se rendent aux ganglions sous angulo maxillaires.

Les nerfs proviennent du vagospinal qui innerve tous les muscles, sauf deux qui reçoivent leur innervation de la branche motrice du trijumeau.

Et recouvrant ce paquet de muscles vaisseaux et nerfs, une couche muqueuse faisant suite à la région palatine en avant et aux fosses nasales en arrière.

C'est la partie qui nous intéresse avec la couche glandulaire qui l'accompagne, aussi l'étudierons-nous un peu plus en détail.

La muqueuse ne se présente pas avec les mêmes caractères sur la face buccale et sur la face nasale. La première ou inférieure d'un blanc légèrement rosé, épaisse, criblée d'orifices glanduleux, est revêtue d'un épithélium pavimenteux. La muqueuse supérieure au contraire est rouge, mince, hérissée de saillies glanduleuses et recouverte d'un épithélium vibratile qui s'arrête au niveau des piliers.

Le derme de la muqueuse, séparé de l'épithélium par une lame vitrée et homogène, membrane basale, est formé de tissu conjonctif dense et par place presque fibreux. Il présente des papilles plus abondantes sur la face buccale que sur la surface nasale.

Le tissu lymphoïde est assez abondant dans les couches profondes de la muqueuse. Il se présente sous plusieurs formes ; sur la face nasale et le long des piliers postérieurs on le trouve à l'état de follicules lymphatiques. Sur toute la face buccale le tissu lymphoïde se trouve à l'état diffus. Cependant, de chaque côté de la lnette certains auteurs décrivent un paquet de glandes folliculeuses.

Ce tissu fait partie de l'anneau lymphatique pharyngien de Waldeyer qui unit ensemble les amygdales pharyngiennes, tubaire et palatine.

Comme la muqueuse, les glandes forment deux couches distinctes dans le voile, l'une inférieure, l'autre supérieure. Sous la muqueuse de la face buccale elles forment une couche épaisse de six millimètres, se continuant en avant avec celle de la voûte palatine et diminuant d'épaisseur en arrière vers la lnette. Sur la face nasale, les glandes plus clairsemées forment une couche plus épaisse en arrière vers le bord libre du voile, s'amincissant en avant. Enfoncées dans le tissu conjonctif sous-muqueux et dans les interstices musculaires, ces glandes peuvent être aidées dans l'expulsion de leur contenu par la contraction des muscles voisins. D'après Szonthag, les fibres musculaires pénétreraient même entre les acini glandulaires et iraient se fixer à la muqueuse.

Ces glandes se composent sans exception d'un certain nombre de lobules glandulaires et d'un canal excréteur ramifié. Les lobules sont allongés ou piriformes, quelquefois arrondis, et reposent sur un rameau de canal excré-

teur. Ils sont entourés d'une enveloppe dense de tissu conjonctif entremêlé de fibrilles élastiques et dans lequel circulent des vaisseaux.

Ces glandes secrètent un mucus transparent qui accidentellement se charge de granulations, de noyaux, de débris cellulaires.

Le tissu cellulaire entoure les muscles et comble les interstices glandulaires. Il offre une assez grande densité à la face inférieure ; au-dessous de la muqueuse nasale il est beaucoup plus lâche de même que dans l'épaisseur de la luvette.

SYMPTOMES

Les tumeurs du voile du palais sont de structure variable et chacune d'elles présente des caractères propres. Néanmoins, il est tout une symptomatologie d'ensemble commune à toutes ces tumeurs, constituée surtout par des signes subjectifs et fonctionnels. Nous les étudierons tout d'abord.

Signes subjectifs. — Dans la majorité des cas l'affection évolue sans que le malade s'en rende compte et ce n'est souvent qu'au bout de quelques mois, parfois même des années, qu'il va trouver son médecin.

Le premier signe qu'il a ressenti est une impression de gêne dans l'arrière gorge : « J'ai quelque chose qui me chatouille dans le fond de la bouche », disent-ils. D'autres, plus curieux, se sont placés devant une glace et viennent alors parce qu'ils ont une grosseur ou « un morceau de chair » qui pend dans la gorge.

Sensation de corps étranger. — Les malades perçoivent donc un chatouillement à la base de la langue ou sur l'épiglotte. Cette sensation provoque un mouvement de déglutition réflexe qui se répète à chaque instant et devient par là même très fatigant.

Sécheresse de la bouche. — Cette déglutition conti-

nuelle entraîne une sécheresse gênante de la bouche avec irritation de l'arrière gorge.

Dysphagie. — La déglutition d'ailleurs est gênée ; parfois au moment où le malade avale il y a un reflux du liquide dans les fosses nasales. Chez certains les aliments liquides passent assez facilement, mais il n'en est pas de même des aliments solides, et cette gêne s'accuse encore davantage pour la salive.

Nausées. — Lorsque la tumeur est pédiculée ou a atteint un certain volume, on assiste à des envies presque continuelles de vomir. Le malade ne peut plus s'alimenter mais tout rentre dans l'ordre dès que l'ablation de la tumeur est faite.

Phénomènes réflexes. — Chez d'autres ce sont des quintes de toux fréquentes et très pénibles qui cessent dès que le malade est couché. Enfin, il faut citer chez certains malades très sensibles des spasmes du larynx, chez d'autres, comme le dit une observation rapportée par Courtade, on assiste à des convulsions et parfois à de véritables crises épileptoïdes qui disparaissent dès que la tumeur a été enlevée.

Voix. — Les modifications du timbre de la voix sont assez fréquentes. Le voile ne peut remplir sa fonction et la voix est nasonnée.

Aucun des signes fonctionnels que nous venons d'énumérer n'est propre à un seul type de tumeur ; ils peuvent tous se rencontrer et ce n'est que par l'examen direct que l'on peut différencier ces tumeurs. Et ici encore nous trouvons des caractères communs et qui sont très importants. Toutes ces néoformations sont indolores et jamais elles ne s'accompagnent d'adénopathie.

Signes physiques. Papillome. — Si le malade est atteint d'un papillome, on voit adhérent aux piliers du voile ou à

la luette une petite tumeur. La grosseur en est variable, de même que la longueur du pédicule. D'une façon à peu près générale, elles atteignent cinq à dix millimètres de longueur et ne dépassent guère la grosseur d'un pois. La forme est arrondie, la surface est hérissée de papilles comme la muqueuse linguale, elle est muriforme, framboisée. La surface du pédicule au contraire est rosée et lisse. La consistance est dure, fibreuse. Le point d'insertion se fait soit sur le bord libre du voile du palais, soit dans l'angle formé par la luette et le pilier antérieur ; mais la localisation qui nous paraît la plus fréquente d'après les observations que nous avons relevées est celle sur la luette.

Adénome. — S'il s'agit d'un adénome, l'aspect n'en est plus le même. La tumeur siège toujours sur l'une des deux moitiés du voile. Son volume peut varier de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule. Dans le cas que nous rapportons il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'un noyau d'abricot. Les limites en sont toujours assez nettes, autant que permet de s'en rendre compte l'exploration assez difficile de cette région, parce que désagréable pour le malade. La muqueuse qui la recouvre n'est pas adhérente et présente ordinairement une coloration normale ; quelquefois cependant elle est un peu plus rouge. Suivant le volume atteint elle peut faire saillie en même temps dans la bouche et dans le pharynx. Le voile est parfois refoulé en haut, la luette est déviée, mais jamais elle ne franchit la cloison fibreuse qui fait suite au raphé médian de la voûte palatine et qui s'étend de l'épine nasale postérieure à la luette.

Fibrome. — Le fibrome offre quelques ressemblances avec le papillome. Cependant, sans pouvoir poser un diagnostic certain, il est possible de le soupçonner. D'une façon générale en effet, et c'est le cas dans l'observation que nous rapportons et dans le cas signalé par Buys à la Société belge d'otologie, le fibrome est lisse à sa surface ; sa consistance est plus dure que celle du papillome ; son

volume atteint de plus grandes dimensions ; sa surface d'implantation est enfin plus étendue. Dans le cas que nous rapportons il s'agit d'une tumeur qui atteignait presque le volume d'une noisette et dont l'insertion avait deux centimètres de long sur deux millimètres de large.

A côté de ces tumeurs signalées par beaucoup d'auteurs il en est d'autres dont l'extrême rareté est reconnue de tous, deux surtout auxquelles nous devons réserver une place dans ce travail, parce qu'on en trouve quelques exemples dans la littérature : ce sont les lipomes et les angiomes.

Lipome. — Le lipome se manifeste par les mêmes signes que les autres tumeurs. Le Dr Garel, de Lyon, en 1903, communiquait un cas de lipome et disait que la malade avait été amenée à se faire examiner à cause de la gêne qu'elle éprouvait au fond de la bouche et des vomissements.

Le lipome est une tumeur lisse, ovoïde, en général pédiculée. La coloration est celle du reste de la muqueuse ; le volume est variable : dans le cas rapporté par le Dr Garel la tumeur avait trois centimètres de long sur quinze millimètres de large. La consistance est molle.

Au cours de nos recherches personnelles nous n'en avons trouvé aucun cas.

Angiome. — Aussi rares sont les angiomes de cette région. En 1905, le Dr Bar de Nice en publie une observation que nous rapportons.

Ici encore la tumeur se manifeste par une sensation de gêne, de corps étranger dans le fond de la bouche. Sa forme est mamelonnée, irrégulière, mais ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est la couleur rouge violacée, et la consistance molle, parfois réductible par la pression. Le volume varie des dimensions d'un grain de blé à celles d'une amende. Rarement on trouve au toucher des mouvements d'expansion isochromes aux battements du poulx.

En terminant, nous dirons quelques mots des autres tumeurs bénignes qui ont été signalées, c'est-à-dire les chondromes et les myxomes.

Les observations de *chondromes* sont très rares et elles sont de plus très discutables. Dans les cas qu'on rapporte, l'examen histologique n'a jamais été fait et pour faire le diagnostic on s'est basé sur les caractères macroscopiques que présentait la tumeur. C'est ainsi que MM. Dubar et Potel citent un cas de Varner qui parut à l'auteur lui-même « formé de substance cartilagineuse entremêlée de longues parties osseuses. » Dans le cas rapporté par le Professeur Bergé, il s'agit d'une tumeur mixte, probablement d'un adéno myxo-chondrome.

Quant aux *myxomes*, il n'en existe pas d'observation. MM. Dubar et Potel ont trouvé deux cas publiés. Pour le premier, l'auteur dit lui-même que « dans le stroma myxolipomateux courent de toutes parts les lobules des glandes salivaires palatines hypertrophiées, bourrées d'épithélium. » Il n'en faut pas davantage pour conclure à une tumeur mixte et non à un myxome. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une petite tumeur rouge, très vascularisée, donnant souvent lieu à des hémorragies abondantes. Après ces hémorragies, la tumeur devenait flasque. Excisée et vidée du sang contenu, la tumeur se trouva réduite à un très petit volume. Il s'agissait donc d'un angiome et non d'un « polype muqueux ».

CLASSIFICATION

Dans les pages qui précèdent, nous avons vu quels signes permettent de reconnaître les tumeurs bénignes, mais notre étude serait incomplète si nous ne nous occupions pas de la fréquence de ces tumeurs, de la variété que l'on rencontre le plus souvent, de l'âge auquel on doit s'attendre à les trouver, tous éléments qui sont utiles pour faire un diagnostic.

Nous avons déjà dit qu'on ne trouve pas de myxome ou de chondromes purs sur le voile du palais, il reste donc cinq tumeurs : le papillome, le fibrome, l'adénome, le lipome et l'angiome.

De beaucoup la plus fréquente est le papillome, sans cependant se rencontrer tous les jours. C'est ainsi que de 1902 à 1922 sur 50.000 malades qui se sont présentés à la consultation du Professeur Moure pour des affections diverses, nous trouvons 28 porteurs de tumeurs bénignes, dont 25 atteints de papillome : 1 pour 2.000, c'est une proportion un peu faible et d'après certains auteurs, cette rareté serait plus apparente que réelle, car bon nombre de personnes qui en sont atteintes ne se plaignent pas. La chose est peu probable ; si on se base sur les signes subjectifs qu'accusent la plupart des malades on peut dire que tôt ou tard toute personne atteinte d'une tumeur du voile du pa-

lais de quelque nature qu'elle soit va trouver son médecin.

Sur le même nombre de malades à côté des 25 cas de papillome, nous avons trouvé un cas de fibrome et deux cas d'adénome. De plus, il est à remarquer que ces malades sont pour la plupart assez jeunes. Sur les cas dont nous parlons nous en trouvons en effet :

2 qui ont moins de 15 ans.

19 qui ont de 15 à 25 ans.

4 qui ont de 25 à 35 ans.

3 qui ont plus de 40 ans.

Le sexe féminin nous paraît plus souvent atteint chez les malades jeunes. Sans vouloir en tirer des conclusions certaines, le fait est cependant remarquable, car sur les 28 observations que nous avons relevées, dans 18 il s'agit de jeunes filles ou femmes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'étude clinique des tumeurs bénignes, nous nous sommes attachés aux trois types que l'on rencontre le plus fréquemment, le papillome, l'adénome et le fibrome. C'est à ces trois que nous nous bornerons pour l'étude anatomo-pathologique ne disant que quelques mots du lipome et de l'angiome.

Nous avons vu déjà sous quel aspect macroscopique se présente le papillome : c'est une petite tumeur arrondie ou ovalaire, de longueur variable, mais ne dépassant guère quinze millimètres et de coloration rosée. La surface est formée de papilles assez volumineuses qui ressemblent à celles de la langue. Le pédicule est au contraire lisse ; la longueur de ce dernier est aussi très variable ; dans certains cas il paraît ne pas exister.

Au microscope, deux choses sont à étudier séparément : le pédicule et la tumeur.

Le pédicule est formé de deux parties. La partie centrale renferme des vaisseaux dépourvus de gaine élastique et entourés de tissu conjonctif. La couche superficielle est la zone épidermique du pédicule ; elle est constituée par des couches stratifiées de cellules. La forme de ces dernières varie en allant du centre à la périphérie : d'abord cubiques, elles s'applatissent de plus en plus et leur colora-

tion est d'autant moins intense qu'on s'éloigne du centre.

La tumeur proprement dite présente elle aussi une partie centrale qui forme les trois quarts de la grosseur totale. On y retrouve les vaisseaux et le tissu conjonctif, envoyant des prolongements qui vont former des papilles épidermiques. La couche épidermique ne présente pas une épaisseur plus grande qu'à la peau. En certains points elle s'épaissit, ce sont ces points qui correspondent aux papilles. La tumeur ressemble beaucoup au pédicule, il est à remarquer cependant que les vaisseaux sont très dilatés dans la tumeur. Par endroits on pourrait même croire à une circulation lacunaire, tant les vaisseaux sont irréguliers et mal limités.

Dans ces tumeurs on ne trouve pas de nerfs, on ne trouve pas non plus de tissu glandulaire.

Fibrome. — Le fibrome, nous l'avons dit, n'a pas les mêmes caractères macroscopiques que le papillome : il est lisse et en général plus gros. Au microscope, on trouve que la périphérie du fibrome est formée par une capsule fibrillaire constituée par des cellules à noyaux peu apparents. On y trouve quelques rares vaisseaux.

La zone périphérique est la partie proliférante de la tumeur ; on y trouve de véritables tourbillons cellulaires. Ces cellules sont fusiformes, mais sans anastomoses. Le protoplasma forme une couche très appréciable autour du noyau qui est ovoïde. Parfois on rencontre quelques figures mitotiques. Les cellules sont tassées les unes sur les autres. On voit en outre quelques vaisseaux qui semblent être le point de départ de couches concentriques.

La zone centrale est formée par des éléments cellulaires plus âgés ; les tourbillons persistent, mais les cellules sont plus effilées. Le protoplasma a en partie disparu, quant au noyau, il s'est transformé : le réseau chromatique s'est

transformé en fines granules. Les vaisseaux enfin y sont très rares.

Adénome. — L'adénome est contenu dans une sorte de coque blanchâtre très résistante et qui a des adhérences assez nombreuses avec les tissus voisins. Peu de vaisseaux rampent à sa surface. Avant d'ouvrir la tumeur on voit qu'elle présente des saillies lobulées de consistance ferme.

A l'intérieur la tumeur est divisée par des tractus fibreux en petits lobes. Par la pression on fait soudre une matière blanchâtre. Ce liquide examiné au microscope renferme en très grande abondance des cellules épithéliales et des noyaux. Dans la même tumeur on trouve plusieurs cavités kystiques remplies du liquide dont nous venons de parler ou de végétations arrondies qui correspondent à des glandes hypertrophiées et en voie de dégénérescence.

A l'examen microscopique on constate une foule de petites cavités de dimensions et de forme variables ; elles sont remplies d'une matière jaune.

La paroi de ces cavités est formée d'un épithélium à cellules cubiques, entouré par du tissu conjonctif qui en forme la charpente. Cet épithélium est un épithélium glandulaire normal ; les cavités sont des acini glandulaires plus ou moins dilatés, beaucoup plus nombreux que ne le comporte la structure normale du voile du palais. Quant à la matière jaune qu'ils renferment, c'est le produit d'une dégénérescence colloïde des cellules épithéliales.

En dehors de ces acini le tissu conjonctif forme un réseau à larges mailles dans lequel circulent quelques vaisseaux. Dans le tissu de soutien on trouve des amas de cellules en assez grand nombre, qui formeront de nouveaux acini.

Enfin, renfermant toutes ces néoformations glandulai-

res la membrane d'enveloppe : elle est continue, mais d'épaisseur inégale sur les divers points de la tumeur, et est formée de tissu cellulaire très dense et disposé en plusieurs couches. Les vaisseaux sanguins y sont très rares.

Lipome. — Le lipome est composé de lobules nettement séparés par des cloisons de tissu conjonctif : dans ces lobules sont tassés les cellules adipeuses. Ces cellules forment des vésicules remplies par une goutte de graisse ; le protoplasma est réduit à une très mince couche ; le noyau lui-même est repoussé contre la membrane d'enveloppe de la cellule. Dans les cloisons conjonctives inter-lobaires rampent des vaisseaux qui vont alimenter le lipome ; ils atteignent parfois un volume considérable.

Dans le cas que nous rapportons il s'agit d'un lipome pédiculé mais la tumeur peut très bien se développer sous la muqueuse et offrir quelque analogie avec un adénome par sa forme extérieure et sa consistance.

Angiome. — L'angiome est formé de trabécules délimitant des lacunes plus ou moins grandes, pleines de sang et communiquant entre elles. Les trabécules sont faites de tissu conjonctif. Les lacunes sont tapissées d'un endothélium formé de cellules aplaties. Dans certains cas il existe autour de l'angiome une capsule très nette, mais cette enveloppe peut ne pas exister : c'est alors l'angiome diffus.

ÉTIOLOGIE

Les causes de ces tumeurs sont très obscures. Les malades qui en sont porteurs sont en général dans un très bon état de santé. La syphilis ou la tuberculose ne paraissent jouer aucun rôle. Quant à l'hérédité, nous n'avons rien trouvé qui puisse jeter quelque clarté sur la question. Tous les auteurs qui s'en sont occupés nient ce rôle. La profession ne paraît non plus avoir aucune influence sur leur évolution.

Une seule chose est à retenir, nous en avons déjà parlé : c'est l'âge et le sexe. Ces tumeurs se rencontrent en effet le plus souvent chez les jeunes. Sur les 28 cas que nous avons relevés, nous en avons trouvé 21 chez des adolescents dont 18 chez des jeunes filles.

PRONOSTIC

D'après les signes de ces tumeurs on peut se rendre compte qu'il ne s'agit pas d'une affection grave. Souvent, pendant des mois et même des années, les malades la supportent sans la connaître. Le développement en est donc très lent. La gravité se borne à la gêne permanente que déterminent ces tumeurs par la sensation de corps étrangers qu'elles donnent à ceux qui en sont porteurs.

Cependant il en est une qui offre un caractère de gravité par l'extension qu'elle peut prendre et les hémorragies inquiétantes auxquelles elle peut donner lieu : c'est l'angiome. Mais jamais on ne les a vues retentir sur l'état général, si ce n'est chez des gens très nerveux. Ces accidents sont d'ailleurs de courte durée, car le traitement en est simple et jamais on n'observe de récurrence.

TRAITEMENT

Une fois l'affection découverte et diagnostiquée, la même règle de conduite s'étend à toutes les tumeurs bénignes du voile du palais : c'est l'extirpation. Cependant il sera parfois utile de tenir compte de la nature de la tumeur s'il est possible de la soupçonner par l'examen clinique.

Nous avons dit que le papillome du voile du palais est une affection bénigne ; il en est de même des autres tumeurs. Mais dans cette région comme ailleurs il faut envisager la possibilité d'une transformation maligne. Dans nos observations nous rapportons un cas de papillome en voie de dégénérescence et Black dans le *Colorado Medical Journal* cite un cas de transformation saccomateuse. Il faut donc toujours opérer et sans retard d'autant plus que l'intervention est dans la plupart des cas d'une extrême simplicité.

Dans tous les cas on fait une anesthésie exclusivement locale. On peut employer une solution de cocaïne au dixième adrénalinée ou une solution à 1/200^e de novocaïne ou allocaïne ou seurocaïne. Si on se sert de la cocaïne au dixième on fait un badigeonnage de la muqueuse au niveau et autour de la tumeur. Au contraire, si on fait usage de novocaïne ou de ses similaires, on fait une infiltration du voile au niveau de la tumeur.

S'il s'agit d'une tumeur pédiculée, souvent un simple coup de ciseaux suffit avec cautérisation du pédicule. Certains emploient le bistouri, mais le moyen le plus simple et à l'abri de tout danger nous paraît être la thermo-cautérisation ou galvano-cautérisation.

La seule chose à craindre, comme accident opératoire, est l'hémorragie immédiate ou tardive. Aussi certains auteurs conseillent de faire la ligature du pédicule avant d'en faire la section, et ainsi tout danger est écarté.

Pour l'adénome, la grosseur, la situation de la tumeur non pédiculée, oblige à une thérapeutique différente. Ici il faut inciser la muqueuse. L'énucléation se fait d'une façon générale assez facilement. Dans le cas que nous rapportons, on avait trouvé de nombreuses adhérences, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Quant à l'angiome, le traitement varie avec la forme. S'il s'agit d'une tumeur bien circonscrite on doit pratiquer l'extirpation ; dans le cas d'un angiome diffus l'ignipuncture ou l'électropuncture sont les seuls traitements à appliquer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Due à l'obligeance du Dr Georges Portmann. (*Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris*, février 1920).

Adénome du voile du palais.

Femme de 45 ans, vient à la consultation du Professeur Moure, parce qu'elle a une sensation de gêne dans la gorge.

A l'examen, on constate sur le voile du palais du côté droit, une petite tumeur. Pas de changement de coloration. De forme un peu ovoïde, elle est aplatie à la manière d'un noyau d'abricot dont elle a les dimensions. Elle fait saillie dans la bouche et dans le pharynx. Les bords peu nets se perdent dans les tissus sains environnants. A la palpation, consistance rénitente. Si on la presse entre deux doigts, un dans la bouche, l'autre derrière le voile du palais, on constate une lobulation très marquée. Pas de douleurs spontanées ou provoquées, pas de trouble de la déglutition.

En somme, depuis 5 mois, date à laquelle la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur, celle-ci a grossi progressivement mais sans provoquer de symptômes fonctionnels importants. Pas d'adénopathie.

Opération. — Anesthésie locale, cocaïne au 1/10 en surface, par badigeonnage. Alcool au 2/100 en profondeur, par injection. On passe sur la face antérieure du voile, une couche de teinture d'iode. Incision horizontale à la partie médiane de la tuméfaction : Il s'écoule un liquide sirupeux

de couleur jaunâtre ; on extirpe la tumeur au bistouri : elle est très adhérente au plan profonds. Suture immédiate aux crins. Attouchements à la teinture d'iode. Cicatrisation normale.

Examen anatomo-pathologique. — La surface de section de la tumeur présente une coloration jaune grisâtre ; lisse au premier coup d'œil, elle se révèle grumeleuse, à la loupe, divisée par des sillons, en un certain nombre de lobes, eux-mêmes subdivisés en lobule. Par pression on fait sourdre un liquide jaunâtre, analogue à celui qui s'écoula après la première incision opératoire. Dans son ensemble, la tumeur est enveloppée dans une sorte de coque assez résistante qui présente des adhérences nombreuses et très solides avec les tissus voisins.

A l'examen microscopique, on constate que la tumeur est constituée par une hyperplasie de tissu glandulaire épithélial. Elle représente une série de glandes acineuses beaucoup plus riches en culs-de-sac sécréteurs, que ne le comporte la structure normale des appareils glandulaires du voile du palais. Les acini sont, en général, plus gros qu'à l'état normal. Les travées conjonctives organisées en un réseau à très larges mailles, n'ont pas un développement très considérable. On note d'assez nombreuses petites cellules exsudées autour des vaisseaux et amassées en foyer.

OBSERVATION II.

Du D^r Garel, de Lyon. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1903.)

Lipome.

Madame X..., 25 ans environ, m'est adressée, le 2 février 1903, par mon distingué confrère, le D^r Charrieu, de Saint-Chamon, pour une tumeur de l'arrière cavité buccale.

Cette malade, ressentait quelques symptômes gênants depuis cinq mois. Elle en ignorait la cause. Elle éprouvait une sensation de gêne au fond de la bouche ; il lui semblait

qu'elle avait quelque chose qui pendait dans le pharynx. Elle faisait des efforts fréquents pour chasser au-dehors, cette sorte de corps étranger et se raclait souvent la gorge, pour faire disparaître le chatouillement qu'elle ressentait sans cesse. Tous ses efforts étaient infructueux. Parfois les chatouillements se faisaient sentir avec une telle intensité qu'ils provoquaient des vomissements.

Comme ces symptômes, au lieu de diminuer, allaient toujours en progressant, elle se décida à consulter le D^r Charrier. Celui-ci, dès le premier examen, aperçut une tumeur qui pendait dans le pharynx. Il en conseilla l'ablation et me confia la malade.

Comme mon confrère, j'aperçus dans le pharynx, une tumeur lisse, arrondie, qui était implantée sur le bord libre du pilier postérieur droit du voile du palais. La tumeur était de forme ovoïde et pédiculée, elle avait une coloration rouge comme le reste de la muqueuse de la cavité buccale. Elle pendait en battant de cloche et était fixée à la partie inférieure du bord du pilier, par un pédicule assez rétréci. Elle avait une longueur de 3 centimètres, sur une largeur de 12 à 15 millimètres. Pour la voir il fallait déprimer fortement la base de la langue avec la spatule.

Il n'était pas douteux que l'ablation était l'unique moyen de faire disparaître les symptômes réflexes dont se plaignait la malade.

Je fis l'anesthésie locale à la cocaïne et je pratiquai l'ablation de cette tumeur, au moyen de l'anse galvanocaustique. La section fut faite en une fraction de seconde et sans la moindre douleur. Il n'y eut pas d'hémorragie, je vis simplement perler une goutte de sang au niveau de la surface de section.

L'examen histologique fait par M. Paviot, indique nettement que la tumeur est un lipome. Il est recouvert par l'épithélium muqueux du type ectodermique, dont la couche superficielle de cellules étalées est épaissie et très cornée, et par un derme conjonctif très hypertrophié. De ce derme, par-

tent de grosses cloisons fibreuses qui subdivisent en lobules les vésicules graisseuses du lipome. Les alvéoles ainsi constituées, sont exclusivement remplies de grosses vésicules graisseuses.

OBSERVATION III

Du D^r Louis Bar, de Nice. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, août 1905).

Angiôme

M. B..., cinquante-deux ans, arthritique, sans antécédents morbides, nous est présenté par son médecin distingué, le D^r Salerris, de Nice. Ce malade, souffre depuis plusieurs mois, d'une gêne de la déglutition, et son attention a été attirée par une tumeur érectile, de la grosseur d'une demi cerise, située à la face et sur le bord latéral droit de la luvette, d'où elle s'étend jusqu'à la naissance du pilier antérieur. Tumeur indolore, violacée, d'apparence vermiculaire, très adhérente aux tissus sousjacents et formée d'un lacis veineux, veines et veinules dilatées qui s'abouchent avec les canaux voisins. Des taches veineuses de grandeur variable situées dans toute la région, jusqu'à la voute palatine en témoignent et indiquent que tout le système veineux de la région ainsi atelectasiée est comme le prolongement indéfini de cette tumeur sanguine immédiatement sous muqueuse. Les veines, sortes de varices à étendue fort restreinte, s'arrêtent à peu de distance de l'angiôme ; au moment où elles rencontrent d'abondante collatérales, elles écoulent librement dans ces dernières la surabondance de sang reçu de la tumeur érectile.

OBSERVATION IV.

Due à l'obligeance du D^r G. Portmann.

M^{lle} C..., se présente à la consultation otorhino-laryngologique, Service de M. le Professeur Moure, de la Faculté, pour se faire enlever (un morceau de chair) qui la gêne.

En lui faisant ouvrir la bouche, on aperçoit dans l'angle formé par la luvette et le bord libre du palais, une tumeur

de 1 centimètre, environ, de diamètre et fixée, en ce point, par un pédicule assez grêle dont la longueur atteint 7 à 8 millimètres.

La malade, dit ne s'être aperçu de la présence de la tumeur que depuis 3 ou 4 jours. Son attention a été attirée de ce côté par la gêne qu'elle éprouvait, gêne occasionnée par la nécessité de faire fréquemment un mouvement de déglutition, à cause du chatouillement qu'elle ressentait à la base de la langue.

Elle n'éprouve, d'ailleurs, aucune douleur spontanée ou provoquée, simplement une gêne peu marquée pour avaler les aliments.

Rien à noter dans ses antécédents. Etat général excellent.

Ablation de la tumeur. Examen histol.: Papillome. Revient un mois après : Guérie.

OBSERVATION V.

Due à l'obligeance du Dr Georges Portmann. Clinique Saint-Raphaël, (Oto-rhino-laryngologie), Service du Professeur Moure).

M. D... Jean, 73 ans, vacher.

Le malade vient parce qu'il est gêné pour avaler. Cette gêne est légère, peu marquée pour les boissons, un peu plus pour les aliments solides que le malade est obligé de macher longtemps. Les liquides passent bien, sauf la salive, pour laquelle la gêne est portée au maximum.

L'affection a débuté il y a trois ans (mars 1905). A cette époque, le malade aurait rejeté par la bouche un ver, probablement un lombric. Il attribue à cet accident, l'origine de sa maladie. Depuis, il aurait toujours conservé la sensation d'un corps étranger, d'une peau de fruit collée au fond de la gorge.

Depuis quelques temps, il lui semble, en outre, avoir dans la gorge, un clapet qui s'ouvre et qui se ferme.

Cette gêne de la déglutition n'a jamais été jusqu'à la dysphagie. Elle a, parfois, provoqué de la toux quinteuse, mais jamais de nausées, ni de vomissements.

L'examen local montre dans le pharynx l'existence d'une tumeur globuleuse, insérée sur la surface pharyngienne au-dessous du bord du pilier postérieur droit. La surface est lisse et rosée. De gros vaisseaux entourés de travées fibreuses la parcourent en la contournant et produisent une sorte d'étranglement donnant l'apparence d'une ébauche de lobulation. Il faut noter, également, l'existence de quelques fines arborisations vasculaires tout à fait superficielles.

La tumeur n'est pas pédiculée, mais son insertion est linéaire et a une longueur d'environ deux centimètres sur deux millimètres à peine de largeur, de sorte que la tumeur, très mobile, joue autour de son insertion, à la façon des feuillets d'un livre.

Dans les mouvements de déplacement de la tumeur, celle-ci vient tantôt coiffer l'épiglotte, tantôt obstruer l'orifice supérieur de l'œsophage ou masque le vestibule du larynx. Les efforts et la toux la font remonter dans l'isthme.

La palpation, montre qu'on a affaire à une tumeur dure, fibreuse.

Rien d'intéressant à signaler dans le nez et le nasopharynx.

A la surface du corps, en divers points, on note la présence de petits fibrômes ; au niveau du pli du coude à gauche, tumeur globuleuse sous-aponévrotique, lisse et unie et qui existe, paraît-il, depuis deux ans.

A la face, lésions diverses de sénilité, avec kyperkératose préépithéliomateuse.

20 janvier. — Ablation de la tumeur à l'anse galvanique.

Pas d'hémorragie. Le pédicule est très court.

21 janvier. — Présenté à la Société d'Anatomie.

OBSERVATION VI.

Les observations suivantes ont été prises à la Clinique d'Otorhino-laryngologie, (Service du Professeur Moure).

Catherine D..., 14 ans, souffre de la gorge.

Papillome de la luette. Végétation adénoïdienne. Mars 1903.

Traitement : ablation au galvanocautère.

Juin 1903 : Il ne reste plus rien.

OBSERVATION VII.

Louis A..., coiffeur, 23 ans.

Croit avoir une excroissance de chair dans la gorge.

Papillome de la luette.

Traitement : ablation.

OBSERVATION VIII.

Pierre L..., cultivateur, 25 ans.

Hypéresthésie pharyngée. Papillome de la luette.

Traitement : ablation à l'anse galvanique.

OBSERVATION IX.

Henriette B..., 15 ans.

Respire difficilement. Hypéresthésie pharyngée.

Papillome, côté droit de la luette.

Traitement : ablation.

OBSERVATION X.

Phidias C..., électricien, 19 ans.

Gêne de la gorge. Papillome de la luette, au niveau de son insertion droite. Petite végétation adénoïdienne.

Traitement : ablation au couteau galvanique.

OBSERVATION XI.

Obée O..., 12 ans.

Souffre de la gorge. Papillome du pilier postérieur droit.

Traitement : ablation au thermocautère.

OBSERVATION XII.

Marie G..., domestique, 21 ans.

Mal à la gorge. Papillome du pilier antérieur droit.

Traitement : ablation.

OBSERVATION XIII.

Henri D..., 8 ans.

Enrouement. Papillome du volume d'un pois, inséré par un long pédicule.

Traitement : ablation.

OBSERVATION XIV.

M... Catherine, 23 ans, domestique.

Gêne pour respirer et avaler la salive.

Papillome de la luette. Paresthésie pharyngée.

Traitement : ablation au thermocautère.

OBSERVATION XV.

R... Catherine, 24 ans.

Adénome du voile du palais.

Traitement : ablation.

OBSERVATION XVI.

N... Joseph, employé de Banque, 20 ans.

Papillome de la luette.

Traitement : uvulotomie.

OBSERVATION XVII.

L... Simon, 34 ans, garçon de café.

Papillome de l'extrémité de la luette.

Traitement : ablation à l'anse galvanique.

OBSERVATION XVIII.

L... Armand, garçon de restaurant, 19 ans.

Papillome du bord postérieur du voile du palais.

Traitement : ablation.

OBSERVATION XIX.

J... Jeanne, 17 ans.

Vient, parce qu'elle est gênée pour avaler.

Papillome du pilier postérieur gauche.

Traitement : gargarisme boraté. Ablation.

OBSERVATION XX.

C... Marguerite, domestique, 25 ans.

Papillome de la luette. Coryza hypertrophique.

Traitement : pommade dans le nez. Ablation du papillome.

OBSERVATION XXI.

M... Paul, ajusteur, 20 ans.

Papillome de la luette. Laryngite catarrhale.

Traitement : inhalation. Ablation du papillome.

OBSERVATION XXII.

G... Alice, tailleuse, 15 ans.

Est gênée pour avaler.

Papillome du bord libre du pilier antérieur gauche.

Végétations adénoïdiennes.

Traitement : ablation du papillome. Adénotomie.

OBSERVATION XXIII.

G... Frédéric, manœuvre, 44 ans.

Papillome du voile du palais.

Traitement : ablation.

OBSERVATION XXIV.

G... Marguerite, lisseuse, 48 ans.

Luette spatuliforme et Papillome en voie de dégénérescence.

Le malade présente sur la luette une petite fraise des bois, dure.

Traitement : uvulotomie.

OBSERVATION XXV.

L... Antoinette, tailleuse, 22 ans.

Papillome de la luette.

Traitement : ablation à l'anse galvanique.

OBSERVATION XXVI.

C... Georgette, tailleuse, 20 ans.

Sensations de corps étranger.

Petit papillome de la partie supérieure du pilier antérieur gauche.

Traitement : ablation. Gargarisme boraté.

OBSERVATION XXVII.

B... Fernande, piqueuse, 20 ans.

Papillome de la luette.

Traitement : ablation au galvanocautère. Gargarisme.

OBSERVATION XXVIII.

P... Eugène, ajusteur, 16 ans.

Hypertrophie des cornets.

Petit papillome de la luette.

Traitement : cornéctomie. Ablation du papillome.

OBSERVATION XXIX.

C... Jeanne, P.T.T., 35 ans.

Sensation de corps étranger. Nausées.

Petit Papillome pédiculé de la grosseur d'un grain de blé
à l'extrémité de la luette.

Traitement : ablation au galvanocautère.

OBSERVATION XXX.

G... Louis, 25 ans.

Papillome du bord libre du palais, côté gauche.

Laryngite tuberculeuse.

Traitement : pulvérisation. Cautérisation. Ablation du
papillome.

OBSERVATION XXXI.

F... Lucia, 44 ans.

Papillome de la luette, bord droit, chez une anesthésique.

Traitement : ablation au galvanocautère.

CONCLUSIONS

Parmi les tumeurs bénignes de la bouche, celles du voile du palais peuvent être rangées parmi celles que l'on rencontre le moins souvent et, dans ces dernières, on trouve, par ordre de fréquence : le papillome, l'adénome, le fibrome, l'angiome et le lipome.

On ne signale nulle part de myxome ou de chondrome à l'état pur. Le tissu cartilagineux ou muqueux ne se rencontre que dans les tumeurs mixtes.

En présence de ces tumeurs, il faut toujours songer à une transformation maligne possible. Le meilleur traitement est l'exérèse chirurgicale.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

E.-J. MOURE.

Vu :

Le Doyen :

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 30 juin 1922,

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAGUA. — Tumeur mixte du voile du palais. Congrès de Venise, 1912, *Annales des Malad. de l'Oreille*, 1913, n° 3.
- BAR. — Angiome du voile du palais. *Revue hebdom. Laryngol.*, 1905, n° 32. *Bulletin de Laryngol.*, 31 août 1905.
- BERGÉ. — Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais. *Revue de Chirurgie*, Paris 1897.
- BOND. — Un cas de tuméfaction du palais dur. Société laryngol., Londres 1905. *Revue hebdom. Laryngol.*, n° 17, 1897.
- BLACK (Melville). — Papillome du voile du palais. Transformation sarcomateuse. *Colorado Med. Journ.*, avril 1901.
- BUYS. — Fibrome du voile du palais. *Bull. et Mém. de la Société Belge d'otologie*, 1900.
- CASTEX. — *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1917.
- CHIPAULT. — Papillome du voile du palais. *Bul. Société Anatomie*, p. 153, mars 1890.
- CORMAC. — Tumeur du voile du palais. Pathol. Soc. of London, 16 mars et *The Brit. Med. Journ.*, mars 1886.
- COURTADE. — Thèse de Paris, 1885-86.
- COURTADE. — Fibromixome du voile du palais. *Ann. des maladies des oreilles*, n° 5, 1897.
- DUBAR et POTEL. — Tumeurs bénignes du voile du palais. *Echo Médical du Nord*, n° 51, décembre 1900.
- DUDLEY. — Tumeur papillomateuse du voile du palais. *Rev. hebdom. de Laryngol.*, n° 17, 1902.

- ELLERMAN. — Deux tumeurs rares du voile du palais. *Brit. Méd. Journ.*, 21 janvier 1888.
- ETTERLEN. — Polype muqueux du voile du palais. *Lyon Médical*, n° 15, 1902.
- FONEGRAS. — Epithéliomes glandulaires enkystés. Thèse, Paris 1883.
- GABOURD. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1906.
- GAREL. — Deux tumeurs rares du voile du palais. Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 1903.
- GAUDIER. — Lipôme du voile du palais. *Bul. Laryngol.*, janvier 1909.
- GOOD. — Deux cas de papillome. *Arch. Intern. Laryngol.* n° 6, 1897.
- DE GORSSE. — Papillome du pilier antérieur. *Arch. Intern. Laryngol.*, mars 1900.
- GOUGENHEIM et RIRAULT. — Tumeurs bénignes du voile du palais. *Ann. des mal. de l'oreille et larynx*, n° 1, 1896.
- GOUBERT. — Fibro-lipome médian du voile du palais. *Gazette des Hôpitaux*, n° 109, 1906.
- GUSTINELLI. — Angiôme de la voute palatine. *Riv. du patol et terapia delle malate della gola*, août 1894.
- HAMILTON. — Papillome pedicule. *Austral. Médic. Gaz.*, 20 décembre 1899.
- HELOT. — Papillome du voile du palais. *Rev. Méd. Normandie*, n° 24, 1903.
- HOFFMANN. — Tumeur mixte du voile. *Langeub. Arch.* XXXVIII, 1.
- HOWARTH. — Fibrome du voile du palais. *Journ. of Laryngol.*, mai 1913.
- HOWARTH. — Papillome du voile. *Journ. of Laryngol.* Octobre 1913.
- HOWARTH. — Papillome du voile. *Roy soc. of Méd.*, avril 1913.
- KAYSER et RICHARD. Breslau. — Fibrome du voile du palais, *Monat, f. Ohrenheilh.*, n° 4, 1901.
- KEIMER. — Angiome du voile du palais. *Aeuts. méd Wschensch.*, n° 33, 1887.

- MAC KINNEY. — Papillome du voile. *Memphio Laucet.*, octobre 1899.
- KRAUSE. — Tumeur du palais, membraneux. *Deuts. Médiz. Zeitung*, avril 1890.
- LAENNEC. — Papillome du pilier antérieur. *Gaz. Méd. Nantes*, juin 1892.
- LAMBERT LACK. — Papillome du palais. *Journ. of Laryngol.*, n° 1, 1912.
- LAW. — Un cas d'hématome du palais. *Soc. Laryng.* Londres, novembre 1896.
- LÉOD. — Fibro mixome du voile du palais. *Lauert*, avril 1889.
- MAC KENZIC. — Endothéliome du voile du palais. *Journ. of Laryng.*, janvier 1914.
- MAHU. — Adénome du voile du palais. *Presse Médec.*, n° 99, 1916.
- NOQUET. — Tumeur du voile du palais. *Rev. hebd. Laryng.*, n° 29, 1900.
- OTT. — Thèse Paris 1880.
- PAGET. Et. — Tumeur du voile du palais. *The laucet*, décembre 1886.
- PANZER. — Naevus vasculaire. *Vien. Klin. Waschensch.*, n° 19, 1895.
- PORTMANN Georges. — Adénome du voile du palais. *Soc. Anat.*, Paris, février 1920.
- PYTHON. — Thèse inaugurale, Paris, 1875.
- SCHEBLUNG. — Dissert. inaug. de Goëttinguen, 1898.
- SCHEPPEGREL. — Papillome du voile. *New-Orl. Méd. Journ.*, Avril 1896.
- WODON. — Fibrome du voile du palais. *Presse Méd. Belge*, n° 1, 1894.

